

Cuestionario de Alimentación Para Niño Que Empieza Andar (6 - 24 meses)

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento del bebé: ___/___/___ Fecha de hoy: ___/___/___

- 1) Por favor marqué todos los siguientes que tenga que le trabajen. Estufa Horno Micro Hondas Refrigerador
- 2) ¿Qué es lo que usualmente bebe su niño? (Por favor marque todos los que aplican.) Leche de pecho Formula
 Leche de Vaca Leche de Cabra Leche Condensada Leche Evaporada Soya
 Té endulzado Agua Soda/Kool-Aid Jugo/Bebidas de Jugo Té de Hierbas
 Gatorade/Bebidas deportivas Otro: _____
- 3) ¿De que bebe su niño? (Por favor maque todos los que aplican.) Pecho Biberón Taza ante derrame Vaso
- 4) ¿Su niño/a a veces camina alrededor tomando de su vaso ante derrame o biberón? No Si
- 5) ¿Como le va con la lactancia? _____ El Niño no amamanta
 - a) ¿Cuántas veces amamanta su niño/a en un periodo de 24-horas? _____
 - b) ¿Puede escuchar a su niño/a tragar durante la lactancia? No Si
- 6) ¿Cuántos pañales mojados tiene su niño/a en un periodo de 24-horas? _____
- 7) ¿Cuántos pañales sucios tiene su niño/a en un periodo de 24-horas? _____
- 8) ¿Bomba o exprime la leche de su pecho para su niño/a? No Si
 - a) ¿Cómo almacena la leche de pecho? Refrigerador Congelador Otro _____
 - b) ¿Cuánto tiempo conserva la leche de pecho en el refrigerador antes de que la tire? _____ horas
 - c) ¿Cuánto tiempo conserva la leche de pecho después que la descongelo? _____ horas
- 9) Por favor marque todos los artículos que pudieran estar en el biberón de su niño/a en un día normal. El niño/a no toma biberón
 Leche (incluyendo leche de pecho) Formula Agua Jugo/Bebidas de Jugo Cereal
 Soda /Kool-Aid/Té azucarado Jarabe de maíz Miel Comida de Bebé Otro _____
 - a) ¿Qué hace con la leche o la formula que sobra en el biberón?
 La dejo afuera para después dársela La pongo nuevamente dentro del refrigerador para después usarla La tiro Otro _____
 - b) ¿Cuánto tiempo deja el biberón sentarse en temperatura ambiente? _____ horas
 - c) ¿Apoya el biberón de su niño/a algunas veces con una almohada, una manta, un animal de peluche, etc.? No Si
- 10) ¿Qué formula toma su bebé? _____ (con hierro bajo en hierro) El niño/a no toma formula
 - a) ¿Qué tipo de formula usted usa? Concentrada Polvo Lista-para-alimentar
 - b) ¿Cómo mezcla la formula? _____ cantidad de agua _____ cantidad de formula
 - i) ¿Qué clase de agua utiliza usualmente para preparar la formula? Pozo Ciudad/Rural Embotellada Inseguro
 - ii) ¿Usted agrega alguna vez algo más a la formula aparte del agua? No Si, ¿Qué? _____
 - c) ¿Calienta la formula? No Si, ¿Cómo? _____
 - d) ¿Cuántas veces toma su niño/a formula durante un día normal? _____
 - e) ¿Cuánta formula toma su niño/a en cada alimentación? _____ onzas
 - f) ¿Cómo almacena la formula después que la mezcla?
 No la almaceno, se la doy al niño/a enseguida Refrigerador Congelador Otro _____
 - g) ¿Cuánto tiempo guarda la formula mezclada en el refrigerador antes de tirarla? _____ días
 - h) ¿Cuánto tiempo le dura un bote de formula? _____
- 11) ¿Cuántas veces al día bebe leche su niño/a durante un día normal? _____ El niño/a no toma leche
 - a) ¿Cuánta leche bebe su niño/a cada vez? _____ onzas
 - b) ¿Qué clase de leche bebe usualmente su niño/a?
 Vaca (____ Entera (Vitamina D) ____ Reducida/Baja en grasa (2%, 1% o ½%) ____ Descremada)
 Sin Lactosa Cabra Evaporada Condensada Soya Arroz Otro: _____
 - c) ¿Usted agrega a veces sabor a la leche? No Si, ¿Qué? _____
- 12) ¿Cuántas veces al día bebe agua su niño/a durante un día normal? _____ El niño/a no toma agua
 - a) ¿Cuánta agua bebe su niño/a cada vez? _____ onzas
 - b) ¿Qué clase de agua bebe usualmente su niño/a? Pozo Ciudad/Rural Embotellada Inseguro
 - c) ¿Usted agrega a veces algo más al agua? No Si, ¿Qué? _____

¿Cuántas veces al día bebe jugo su niño/a durante un día normal? _____ El niño/a no toma jugo

- d) ¿Cuánto jugo bebe su niño/a cada vez? _____ onzas
e) ¿Qué clase de jugo o bebidas de jugo bebe usualmente su niño/a? _____
f) ¿Usted diluye el jugo con agua? No Si

13) ¿Cuándo empezó su niño/a a comer algo más aparte de leche de pecho o fórmula?

- Todavía no empieza 0-3 meses 4-6 meses después de 7 meses

a) ¿Qué clases de comidas come su niño/a? (Por favor marque todos los que aplican.)

Comida de bebé (___ Cereal, ___ Frutas, ___ Verduras, ___ Carnes, ___ Platillos preparados, ___ Postres)

Comida de meza (___ En puré/mezclada, ___ En trozos finitos, ___ En trozos gruesos/rebanadas)

Otro: _____

b) A la hora de comer, ¿Cuántas veces come su niño/a la misma comida que el resto de la familia?

La mayoría de las veces A veces Rara vez, ¿Qué come su niño/a? _____

c) ¿Cómo alimenta a su niño/a estas comidas? (Por favor marque todos los que aplican.)

Biberón Cuchara Dedos/Se alimenta solo

d) ¿Se pueda alimentar solo su niño/a? No Si

14) ¿Cuántas veces come su niño/a en un día normal? Comidas _____ Meriendas _____

15) Por favor marque las situaciones que describen como su niño/a come normalmente. (Por favor marque todos los que aplican.)

En la cama/cuna En las manos de un adulto/piernas En una silla de carro En una silla alta En la mesa En el sofá

En casa En un restaurante/comida rápida En el carro En la guardería/Head Start/pre-kinder

Con la Televisión prendida Con la familia/amigos Solo Otro: _____

16) ¿Qué clase de meriendas come su niño/a usualmente? (Por favor marque todos los que aplican.) El niño/a no come aperitivos

Frutas Bocadillos de Frutas Galletas / Pastelitos Galletas Honey Graham Cereal / Barras de Cereal Nueces

Papas Fritas Dulces Palomitas de maíz Pretzels Galletas de sal Nieve Otro _____

17) ¿Cuántas veces al día come su niño/a frutas y verduras (no jugo) durante un día normal? _____

¿Cuáles frutas y/o verduras come su niño/a usualmente? (Por favor marque todos los que aplican.) El niño/a no come frutas o verduras

Manzanas/Puré de Manzana Plátano Uvas Naranjas Peras Papas Papas Francesas Maíz

Ejotes Zanahorias Bruselas Tomate Otro: _____

18) ¿Cuántas veces al día come su niño/a comidas con proteína durante un día normal? _____ El niño/a no come comidas con proteína

¿Cuáles comidas con proteínas come su niño/a usualmente? (Por favor marque todos los que aplican.)

Res/Búfalo Pollo/Pavo Pescado/Mariscos Puerco/Cordero Salchichas/Carnes de almuerzo

Crema de cacahuete Frijoles secos Huevo Tofu Yogurt Quesos Duros (Americano, Cheddar, Suizo...)

Quesos Suaves (Feta, Brie, Blue-Veined, y Queso Fresco) Otro _____

19) ¿Cuáles cosas dulces come su niño/a usualmente? (Por favor marque todos los que aplican.) El niño/a no come cosas dulces

Azúcar Miel Almíbar Dulces Otro _____

¿Cómo se los come usualmente? (Por favor marque todos los que aplican.)

Agregados a /en bebidas En bebidas pre-endulzadas En el chupón

Agregados a /en la comida En comidas dulces (dulces, galletas, pasteles, etc.) Otro _____

20) ¿Su niño/a come regularmente algo que no sea comida como tierra, papel, crayolas, comida de la mascota o pedacitos de pintura? No Si

21) ¿Tiene su niño/a algún problema de salud/médico/dental? No Si, Por favor escríbalo: _____

¿Fue este problema diagnosticado por un doctor? No Si

22) Por favor marque y describa todos los siguientes que su niño/a toma.

Medicina sin receta (medicina para resfriado, para dolor, etc.) _____

Medicamento recetado _____

Vitaminas y/o suplemento de minerales _____

Hierbas/ Suplementos de hierbas (Echinacea, Jengibre, etc.) _____

Otro _____

24) ¿Se preocupa de cuanta cantidad come su niño/a? No Si, Por favor explique _____

25) ¿Ha tenido su niño/a un examen del plomo de la sangre? No Si Inseguro

Si sí, ¿Dónde? _____ ¿Cuándo? ___/___/___ ¿Cuáles fueron los resultados? _____

26) ¿Qué es una cosa que le gusta de la alimentación de su niño/a? _____

27) ¿Qué es una cosa que le gustaría cambiar de la alimentación de su niño/a? _____